OBSERVATIONS

N° 53.

DE CROUP CHEZ L'ADULTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR B.-J.-F. HORTELOUP, de Dieppe,

Département de la Seine-Inférieure;

Ex-Interne de première classe à l'Hôtel-Dieu de Paris.

« *Da veniam scriptis quorum non gloria nobis*
« *Causa, sed utilitas officiumque fuit.* »
OVID.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.
1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT,
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Président.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Comme un gage sacré de respect, de reconnaissance et d'un inviolable attachement.

A MESSIEURS

DUPUYTREN ET HUSSON,

MES MAÎTRES.

Faible tribut d'une reconnaissance sans bornes.

B.-J.-F. HORTELOUP.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/observationdecro0002vari

OBSERVATIONS

DE CROUP CHEZ L'ADULTE.

Les observations de croup, chez l'adulte, sont assez rares pour que l'on ait avancé que cette maladie est spéciale à l'enfance. Tous les auteurs se sont successivement copiés à cet égard, et l'on n'ouvre presque pas de traités sur le croup où l'on ne trouve au début : que les enfans y sont très-exposés depuis un an jusqu'à sept, que sa fréquence diminue depuis sept jusqu'à douze, et qu'au-dessus de ce dernier âge, il devient si rare qu'on peut douter si ces observations sont authentiques.

M. *Louis*, dans ces derniers temps, est venu ébranler cette opinion. Aux observations qu'il a rapportées, nous en ajouterons plusieurs autres qui démontreront qu'il en est du croup comme de la phthisie pulmonaire, dont on avait faussement limité les ravages dans la période moyenne de la vie, au-delà de laquelle cette maladie cessait de sévir.

Ce point de doctrine nous a paru assez important pour mériter d'être encore approfondi.

Placé en qualité d'élève interne dans un hôpital destiné aux adultes exclusivement, j'ai observé le croup chez deux malades au-dessus de l'âge indiqué par les auteurs ; l'un avait dix-neuf ans, et l'autre dix-sept. Mon *collégue* et ami, M. *Dance*, interne comme moi à l'Hôtel-

Dieu, aujourd'hui agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a bien voulu me rendre témoin de deux autres croups chez des adultes, l'un s'est développé au sixième jour d'une variole irrégulière, l'autre est survenu après vingt-cinq jours de symptômes attribués à une gastro-entérite.

Mon intention n'est point de faire ici l'histoire du croup, je n'ai voulu que rapporter des observations intéressantes de cette maladie chez l'adulte, en y joignant les réflexions qu'elles m'ont suggérées lorsque je les ai recueillies; trop heureux si, en remplissant une tâche toujours pénible, je puis encore mériter quelques éloges de mes maîtres.

Ire. OBSERVATION.

Croup, fausses membranes depuis l'arrière-gorge, le pharynx, le larynx, jusque dans la trachée-artère et une partie des bronches, inflammation plastique de la pituitaire.

Guillot François, âgé de dix-sept ans, maçon, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 5 avril 1825. Ce jeune homme, nouvellement arrivé à Paris, avait éprouvé un léger catarrhe accompagné de quintes de toux; peu de jours après il s'enivra avec plusieurs de ses camarades, et le lendemain, il fut pris d'un violent mal de gorge, de douleurs dans le ventre, de dévoiement, qui ne dura que deux jours; enfin d'un mal de tête, d'une grande soif, avec difficulté dans la déglutition; il garda le lit pendant quatre jours, observant une diète absolue, buvant de la tisane : ses camarades voyant la maladie s'aggraver, l'apportèrent à l'Hôtel-Dieu.

Voici quel était son état :

Tempérament sanguin, développement ordinaire; mal de gorge avec raucité de la voix, qui nous engage de prime-abord à examiner le fond de la bouche, et nous trouvons : la luette, la face interne des amygdales, et la portion visible du pharynx recouvertes de concrétions couenneuses assez épaisses, d'un gris blanchâtre, répandant une odeur qui rappelle, à certain point, celle de la gangrène; voile du

palais rouge aux environs de ce dépôt couenneux, dur, tendu, et présentant de la résistance quand on cherche à le soulever; voix rauque, toux très-rare et n'offrant aucun caractère particulier; orifice des narines gouflé et rouge, d'où s'écoule un mucus épais et filant, qui se concrète sur la lèvre supérieure; crachats très-visqueux, pression douloureuse autour du larynx, peau d'une température ordinaire, épisgastre sensible à la pression, respiration gênée et faisant entendre un râlement désagréable dans l'arrière-gorge; percussion de la poitrine sonore, auscultation donnant des deux côtés un râle mélangé ronflant, sous-crépitant et sibillant; langue humide, mais très-rouge à ses bords; pouls peu fréquent, petit et faible; la face conserve encore de la vivacité. (Quinze sangsues autour du cou, pédiluve sinapisé, cataplasme, orge gom.)

Le 6. La nuit a été agitée, les sangsues coulent encore; la face est pâle, souillée de croûtes que le mucus tombant des fosses nasales y forme en se desséchant; la peau n'offre point de chaleur contre-nature, la respiration est râclante au gosier, la parole enrouée et vibrante, comme dans un tube métallique; l'arrière-gorge est le siége d'une douleur qui augmente par la pression extérieure: en examinant le fond de cette cavité, nous trouvons encore les mêmes concrétions pseudo-membraneuses grisâtres, l'odeur qui s'en exhale est moins fétide; la langue est moins rouge, le pouls est tellement faible qu'il est inappréciable aux artères radiales; les battemens du cœur sont encore forts. Le malade a toute sa connaissance, il a peu toussé pendant la nuit, ses crachats ne contiennent que du mucus filant, son état paraît désespéré; cependant on veut tenter encore l'application de quelques sangsues autour du cou et des sinapismes aux pieds; mais les sangsues n'étaient pas encore appliquées que le malade succomba sans proférer la moindre plainte, sans mouvemens convulsifs, dix-huit heures après son arrivée à l'hôpital.

Autopsie cadavérique, vingt-quatre heures après sa mort. 1°. L'extérieur du cadavre n'offre rien de remarquable, la roideur cadavérique est assez prononcée;

2°. La tête et le rachis n'ont point été examinés;

3°. La base de la langue est violacée, recouverte d'une pseudo-membrane mince, offrant ses papilles extrêmement développées; l'épiglotte est droite, d'une couleur presque noire, d'une épaisseur double de l'état naturel, ce qui dépend des concrétions qui semblent faire corps avec elle, et lui donnent une dureté presque cartilagineuse; les bords du voile du palais et la face interne des amygdales présentent également une couleur violacée, et sont recouverts d'une concrétion qui augmente leur volume; le voile du palais est vertical et d'une épaisseur considérable. L'orifice supérieur du larynx, le pharynx, jusqu'à l'origine de l'œsophage, offrent encore des traces de cette teinte violacée, et sont tapissés de concrétions semblables, mais plus minces; l'intérieur des fosses nasales est gonflé, la pituitaire est plus colorée que d'habitude, et couverte d'un mucus épais et filant, dont la consistance se rapproche beaucoup de celle d'une fausse membrane.

L'intérieur du larynx et la cavité de ses ventricules sont tapissés d'une fausse membrane grisâtre, épaisse et continue; mais l'orifice de la glotte, quoique rétréci, est encore perméable; cette fausse membrane du larynx se continue dans la trachée-artère, où elle forme un cylindre complet et sans interruption; sa couleur est blanchâtre, son épaisseur considérable, d'une ligne à une ligne et demie, sa consistance assez forte pour qu'on puisse la détacher sans la rompre; son adhérence à la muqueuse sous-jacente est faible, car après avoir fendu la trachée-artère vers sa partie postérieure, cette fausse membrane s'est retirée peu à peu des bords de la section, pour se replier sur elle-même par son propre poids; arrivée à l'origine des bronches, la fausse membrane se comporte différemment à droite et à gauche.

A droite, elle s'enfonce sans interruption dans les trois divisions que la bronche droite fournit à chaque lobe pulmonaire; arrivée dans les divisions secondaires on peut la suivre encore, mais elle perd son épaisseur. Dans le lobe supérieur, il nous a été facile de la suivre jusqu'au voisinage des dernières divisions bronchiques qui conduisent

à la périphérie du poumon; là elle offrait encore assez de consistance pour être saisie et enlevée avec des pinces; mais arrivé aux extrêmes divisions on ne trouvait plus que du mucus collant. Il est utile de noter que ce lobe était hépatisé au premier degré, gorgé de sang, dur et non crépitant. Dans le lobe moyen, la fausse membrane n'allait pas au delà des troisièmes divisions bronchiques, mais ce lobe était crépitant et faiblement engorgé; enfin dans le lobe inférieur il y avait des points hépatisés, et dans ces points on trouvait la fausse membrane, tandis qu'on ne la rencontrait pas dans le reste du lobe, qui était crépitant, d'où il résulte que, partout où la fausse membrane existait, le tissu pulmonaire environnant la bronche qui la recélait était plus dense et plus engorgé, ce qui porterait à croire que l'inflammation de la muqueuse bronchique s'est transmise au parenchyme pulmonaire.

A gauche, la fausse membrane s'enfonce à peine dans la bronche correspondante, où on en retrouve quelques traces isolées à sa bifurcation; mais elle n'existe plus dès les troisièmes divisions, elle est remplacée par un mucus épais. Les deux lobes de ce poumon sont engorgés, mais crépitans. Dans toute cette étendue des voies aériennes, la muqueuse laryngo-bronchique sous-jacente à la fausse membrane était d'un rouge violacé presque uniforme.

4°. Le cœur était légèrement hypertrophié à gauche.

5°. *Abdomen.* La muqueuse gastrique nous a paru plus rouge qu'elle ne l'est ordinairement; elle n'offrait cependant ni ramollissement, ni épaississement.

La muqueuse des intestins grêles ne présentait que de l'injection par plaques sans altération autre. Les gros intestins étaient sains.

Réflexions.

D'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, il est hors de doute que ce jeune homme a succombé à la maladie qu'on nomme

le *croup*, quoique son âge s'éloigne de celui qu'on a indiqué comme prédisposant à cette affection.

Les symptômes que nous avons observés diffèrent un peu de ceux décrits par les auteurs, ou plutôt nous n'avons pas remarqué tous les symptômes indiqués comme pathognomoniques du croup. Ainsi, la toux était presque nulle, et n'offrait point un caractère particulier; la parole était rauque, mais cette raucité n'avait point un caractère différent de celle qu'on observe dans les autres angines. La respiration n'était que peu gênée. On entendait cependant, comme dans le croup, un sifflement désagréable, et une sorte de résonnance métallique. La largeur plus grande de la glotte et de la trachée artère chez l'adulte n'expliquerait-elle pas cette différence?

Une complication du croup plus fréquente qu'on ne le pense, et qui peut éveiller quelquefois l'attention sur cette maladie, c'est l'extension de l'inflammation dans les fosses nasales, et la tendance qu'a cette inflammation à développer une fausse membrane; car le mucus épais et tenace qui existait dans ces cavités était un commencement de fausses membranes, ce qui prouve évidemment que le croup n'a pas pour siége exclusif le larynx et la trachée-artère.

L'odeur spéciale qu'exhalait l'arrière-gorge aurait pu faire penser que les parties recouvertes par les fausses membranes avaient été frappées de gangrène. Mais, comme l'a très-bien remarqué M. *Bretonneau*, cette odeur n'était due qu'à la décomposition putride de ces fausses membranes, et non à l'altération des parties sous-jacentes, circonstance importante à connaître, afin de ne pas confondre des affections aussi différentes que le croup et l'angine essentiellement gangréneuse.

Quand au traitement, la maladie était trop avancée pour qu'on pût espérer d'obtenir quelque avantage par l'application des sangsues, faite pour ainsi dire en désespoir de cause.

Le malade toussait depuis plusieurs jours, et la négligence, naturelle à tous les hommes de sa profession, a été cause de l'administration tardive et infructueuse des remèdes appropriés à cette funeste maladie.

II^e. OBSERVATION.

Pierre Lagorce, âgé de dix-neuf ans, peu développé pour son âge, entra à l'Hôtel-Dieu le 24 juillet 1825 à quatre heures du soir. Il avait été saisi, quatre jours auparavant, en terminant sa journée, d'un mal de gorge qui l'avait empêché de souper. Il s'était mis au lit, et le lendemain, après une nuit assez calme, il avait repris son travail. Un peu de difficulté dans la déglutition, jointe à une toux souvent répétée, furent les seuls accidens de cette journée. Mais la fièvre, le gonflement des amygdales et une céphalalgie très-intense survenus pendant la nuit le forcèrent à garder le lit le lendemain. Il resta ainsi sans soins deux jours entiers, attendant tout de la nature, s'étant contenté de prendre un peu d'eau vineuse pour tisane. Les accidens augmentèrent, bientôt une toux convulsive et l'impossibilité d'avaler engagèrent ses compagnons à l'amener à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu dans l'état suivant :

Sa face était très-altérée, sa peau chaude et sèche; le pouls petit, fréquent et dur ; une toux convulsive, continue, sèche, semblable à l'aboiement d'un chien, l'empêchaient de répondre aux questions qu'on lui adressait, et les efforts qu'il faisait pour parler augmentaient encore la suffocation. Le voile du palais rouge vif, n'offrait point de fausses membranes; les amygdales, très-gonflées, étaient recouvertes d'une couche grise, et fermaient presque l'arière-bouche. La langue rouge sur ses bords, aiguë à sa pointe. La tête renversée en arrière; le cou tendu et douloureux; la respiration haute, suspirieuse, faisait entendre à l'oreille de la sibillance mêlée à du râle muqueux. Nulle douleur à l'épigastre ou au ventre. Le malade indique comme siége de la douleur le larynx et la tête. Quarante sangsues appliquées au sommet du sternum apportèrent un peu de relâche dans la toux, et permirent au malade d'avaler quelques gorgées de liquide, ce qu'il n'avait pu faire depuis le matin.

Le 25 juillet, la toux est plus forte que pendant la nuit, mais moins

qu'avant l'application des sangsues. Le malade se soulève, et répond aux nouvelles questions qui lui sont faites. Quarante sangsues au cou apportent du soulagement. La toux ne revient plus que par quintes, à un quart d'heure d'intervalle ; elle est suivie de crachats muqueux peu abondans. La respiration, plus libre, n'offre plus de sibilance. Le râle muqueux persiste ; la couche grisâtre couvre toujours les amygdales, dont le gonflement a diminué. Au moment de la visite du soir, le malade dort paisiblement depuis une demi-heure environ. Vers le milieu de la nuit, une quinte de toux très-violente amena après elle des fausses membranes, que nous trouvâmes le lendemain dans son crachoir. Leur forme était cylindrique, et représentait la disposition de la trachée-artère et de la division des bronches. Le tube supérieur avait trois pouces de longueur, et la bifurcation inférieure offrait deux pouces à peu près de chaque côté. On remarquait des vaisseaux rouges dans l'épaisseur de ces tubes, dont le volume était celui d'une plume à écrire, proportion inférieure au calibre de la trachée-artère et de ses divisions, et qui nous a paru dépendre du retrait que la fausse membrane avait éprouvé sur elle-même.

Le 26, respiration plus libre ; la toux n'est plus rauque ni convulsive ; l'état général est meilleur, la peau moins sèche, la déglutition plus facile. (Quarante sangsues au cou ; calomélas, 2 grains; pédiluve sinapisé, sinapisme aux extrémités inférieures.)

Le 27, la journée et la nuit suivantes furent calmes. Quelques efforts de toux amenèrent quelques débris de fausses-membranes moins organisées que les précédentes, et semblables à du parchemin mouillé. (Quarante sangsues au cou, calomélas, 2 grains péd. sin.)

Le soir, le malade ne se plaint plus de la gorge ni du larynx ; la tête est moins douloureuse. Deux selles ont suivi l'administration du calomélas. L'inflammation paraît avoir cédé aux sangsues appliquées au larynx et à la trachée-artère ; mais il est à craindre qu'elle ne s'avance dans les divisions des bronches, car le malade indique comme siége de sa douleur le milieu du sternum. La respiration soulève difficilement les côtes, et fait entendre un râle muqueux très-abondant,

auquel se joint du râle sonore très-bruyant. Immédiatement après la visite, les sangsues furent appliquées, et l'écoulement du sang n'apporta aucun soulagement. Vers midi 27, le malade fut pris de suffocation sans toux ; la respiration devint plus difficile ; les amygdales s'étaient couvertes d'une croûte blanche, que l'on proposa de faire toucher avec le chlore-oxyde de sodium. Ces fausses membranes ne gênaient pas l'introduction de l'air, l'obstacle était plus bas.

Des sinapismes soulagèrent un moment. Bientôt une gêne plus grande succéda à ce calme apparent : la face devient violacée, les mains et les pieds se refroidissent ; le pouls, à six heures du soir, n'était plus sensibles aux artères radiales, et je craignis, dans l'état d'anxiété où était ce malade, qu'il ne succombât pendant la nuit. Je revins le lendemain 28, à cinq heures du matin. Ce malheureux avait la figure d'un asphyxié par submersion, les yeux flétris, la face bleuâtre et les lèvres noires ; les inspirations courtes, se succédaient rapidement, sans aucun mouvement des côtes ; le diaphragme paraissait faire seul les frais de la respiration ; l'air pénétrait à peine dans quelques vésicules du poumon. A six heures, ce malheureux expira avec toute sa connaissance.

Nécropsie, vingt-quatre heures après la mort. — Habitude extérieure. Cadavre peu développé, membres grêles, poitrine étroite, à peine si quelques poils couvrent le pubis.

Des fausses membranes, au-dessous desquelles la muqueuse est rouge, bourgeonnée, et comme suppurante dans quelques points, s'étendent des fosses nasales au pharynx et à la moitié supérieure de l'œsophage, en couvrant les amygdales.

Le larynx, ouvert à sa partie postérieure, était tapissé supérieurement par de fausses membranes irrégulières, adhérentes et bien organisées, offrant des espèces d'engrenures mamelonnées avec la muqueuse sous-jacente, de sorte que nous n'avons pu détacher ces productions accidentelles sans entamer la membrane.

La partie inférieure du larynx, la trachée-artère et les bronches sont tapissées par une fausse membrane mince, peu adhérente, et

non organisée. Au-dessous d'elle, la muqueuse est rouge lie-de-vin, à partir de la première division des bronches jusqu'à leurs extrémités ; tous les tubes aériens sont remplis et exactement bouchés par des cylindres membraneux blancs, tenaces, résistans, semblables, pour l'aspect et la couleur, à des cordons nerveux qui suivraient les divisions bronchiques jusqu'aux vésicules pulmonaires, comme pourrait le faire une injection de cire blanche poussée avec soin dans les poumons.

Les autres organes n'offraient point de traces appréciables d'altération.

Réflexions.

Si le croup borne assez souvent son siége à l'arrière-gorge, au larynx et à la partie supérieure de la trachée-artère, quelquefois il s'étend beaucoup plus loin et envahit, non-seulement toutes les ramifications bronchiques, comme nous venons de le voir dans l'observation précédente, mais encore il se prolonge, pour ainsi dire, par continuité de surface dans l'œsophage. On voit même l'estomac recouvert d'une fausse membrane analogue à celle qui se forme dans le tube aérien. (M. *Guersent*, Dictionnaire de médecine).

Il semble que dans cette maladie toutes les muqueuses participent plus ou moins à cette disposition en vertu de laquelle leurs sécrétions altérées tendent à se transformer en une fausse membrane; nous pourrions citer beaucoup d'observations qui confirmeraient cette assertion; par exemple, des fausses membranes développées dans l'oreille, dans l'anus chez des malades atteints de croup (*Laennec*). Mais revenons à notre observation. Il nous paraît très-probable que chez le malade qui en est le sujet, l'inflammation croupale, au lieu de suivre une marche descendante du larynx vers les bronches, s'est emparée pour ainsi dire d'emblée de toute la surface des voies aériennes; en effet, dès le cinquième jour, ce malade a expectoré des concrétions pseudo-membraneuses dont l'organisation supposait plusieurs jours de formation. On voit de suite combien aurait été

peu profitable la cautérisation proposée par M. *Bretonneau*, dans l'intention de borner la marche de la maladie et de l'arrêter pour ainsi dire avant qu'elle ait pénétré dans le larynx.

Une autre considération non moins importante ressort encore de cette observation. Le même malade, après avoir expectoré un long tuyeau membraneux indiquant la forme de la trachée et de ses premières divisions, a succombé peu de jours après, et nous avons trouvé dans la trachée une seconde fausse membrane qui avait remplacé la première. N'est-il pas évident que la maladie a persisté après cette expectoration, et qu'en pratiquant la trachéotomie on est exposé aux mêmes inconvéniens.

Si nous examinons quel nombre prodigieux de sangsues a été appliqué sans que la maladie ait éprouvé de changemens favorables, n'est-on pas conduit à se demander si l'inflammation croupale ressemble aux autres inflammations qu'on fait avorter par le traitement antiphlogistique? Serait-elle le dernier degré de l'inflammation, ou bien différerait-elle de l'inflammation franche par sa nature? opinion qui me paraît la plus probable.

III^e^ OBSERVATION.

Croup consécutif aux symptômes d'une gastro-entérite.

Jacques Faucontil, âgé de vingt-deux ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 13 mars 1825, pour y être traité d'une gastro entérite.

A son arrivée, il présentait les symptômes suivans : chaleur modérée à la peau, décubitus dorsal, stupeur commençante, dévoiement, langue humide, mais rouge sur les bords, respiration faisant entendre au cylindre un râle sibillant assez faible.

Les premiers jours on borna le traitement aux boissons adoucissantes, à la diète; mais peu à peu les symptômes devinrent plus graves, la prostration augmenta, la langue se sècha et s'encroûta; enfin, le râle de la poitrine se convertit, à la région dorsale des poumons, en un

râle sous-crépitant très-marqué; le pouls acquit une fréquence démesurée, il devint redoublé ; le malade eut de la surdité sans trouble dans les facultés intellectuelles. Peu de temps après, la prostration faisant encore des progrès, il tomba dans un état de stupidité complète; on pratiqua une saignée qui ne changea rien à son état. quelques sangsues à l'anus n'eurent pas plus d'efficacité; enfin, pendant quinze jours au moins le malade est resté dans l'état que nous venons de décrire.

Le 3 avril, les symptômes paraissaient s'amender sous l'influence du traitement, et on commençait à espérer une convalescence prochaine ; mais les trochanters et le sacrum étaient devenus le siége d'excoriations noirâtres qui rendaient extrêmement douloureux le décubitus du malade.

Le 5 au soir, Faucontil, pour la première fois et sans aucune cause appréciable, se plaint d'un violent mal de gorge, la partie supérieure du cou paraît gonflée, la déglution devient difficile, la voix rauque, la respiration pénible; la gorge, examinée, laisse voir le voile du palais, la luette, les amygdales recouverts de concrétions blanchâtres épaisses, les parties environnantes gonflées, rouges et tendues. (Douze sangsues au col, cataplasme.)

Plus tard, vers huit heures du soir, on essaie de faire boire le malade, mais la déglutition est tellement embarrassée qu'il y a menace de suffocation dès que le liquide pénètre dans l'arrière-gorge; cependant ce malheureux prolonge son existence jusqu'à cinq heures du matin; il expire sans convulsion, sans toux, avec tous les symptômes d'une asphyxie par défaut d'air.

Autopsie cadavérique, le 7 avril au matin. 1°. Cadavre amaigri, offrant peu de roideur; la tête et le rachis n'ont point été examinés ;

2°. Les bords du voile du palais, la face interne des amygdales, la base de la langue et le pharynx étaient couverts d'une fausse membrane grisâtre, peu épaisse, se détachant facilement et laissant voir la muqueuse sous-jacente d'un violet foncé; l'épiglotte était comme emboitée par une fausse membrane de même nature, peu épaisse, peu

adhérente, et séparée de la muqueuse par un liquide trouble; l'entrée de la glotte était encore assez libre, le pharynx, la trachée-artère, ne contenaient que quelques petits flocons épars, çà et là des concrétions albumineuses minces, mêlées à beaucoup de mucus. Dans les principales divisions bronchiques du premier, deuxième et troisième ordre, nous n'avons également retrouvé que quelques fragmens de concrétions albumineuses, mais ne formant pas entr'eux un tout continu; toute la muqueuse des voies aériennes était d'un rouge violet presque uniforme; les deux poumons étaient fortement engorgés, le droit en arrière commençait à s'hépatiser; il était friable et non crépitant.

Le cœur était dans l'état naturel, la muqueuse gastrite offrait un peu d'épaississement, quelques granulations mamelonnées et une teinte légèrement ardoisée; on remarquait près de la valvule iléo-cœcale, à la fin de l'intestin grêle, une dixaine d'ulcérations sans tuméfaction ni rougeur, mais assez profondes pour mettre à découvert la séreuse; le colon ascendant était sain, dans le colon descendant on voyait une multitude de petites ulcérations très-superficielles et confluentes, semblables à des dartres sur la peau, et environnées d'un bord rouge.

Réflexions.

Jamais maladie n'a été plus inattendue dans son invasion, plus rapide dans sa marche et plus prompte dans sa funeste terminaison.

A peine les premiers symptômes du croup s'étaient manifestés, que déjà tout l'appareil respiratoire était obstrué par des fausses membranes; où retrouver les trois périodes de cette maladie, décrites avec tant de soins par les auteurs, lorsque douze ou quinze heures suffisent pour parcourir toutes ses phases? comment espérer que le traitement antiphlogistique puisse guérir cette cruelle affection, lorsque, employé tout à fait au début, il ne peut même ralentir sa marche? Mais quelle ressource pouvait offrir à ce traitement un malade épuisé

par une autre maladie contre laquelle des moyens débilitans avaient dû être employés.

Quelle a été la cause de cette inflammation croupale? quelle conexion peut-on voir entre cette affection et celle qui l'a précédée? ne sommes-nous pas obligés de recourir à la prédisposition pour expliquer son développement?

On a dû remarquer que les fausses membranes déposées à la surface des voies aériennes étaient minces et partielles, et n'avaient pas eu le temps de se réunir en une membrane continue, tant l'inflammation avait été rapide dans sa marche; il semblerait d'après cela que la mort n'aurait pas dû arriver aussi promptement, mais le sujet qu'elle frappait était déjà atteint d'une autre maladie qui avait épuisé les ressorts de la vie.

IV^e^. OBSERVATION.

Croup survenu au sixième jour d'une variole irrégulière, et au huitième jour de couches.

Constance Trolet, âgée de vingt-quatre ans, au neuvième mois de grossesse, fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 21 mars 1826, pour y être traitée d'un gonflement inflammatoire au genou droit.

Pendant les vingt jours qui suivirent son entrée on appliqua, à plusieurs reprises et en grande nombre, des sangsues autour de l'articulation douloureuse, des cataplasmes émolliens et laudanisés sans obtenir beaucoup d'amélioration.

Le 10 avril la malade éprouve tous les phénomènes qui annoncent un accouchement prochain. Le 11, l'accouchement et la délivrance se terminent brusquement vers sept heures du soir. A dater de ce moment la tuméfaction du genou et les douleurs diminuèrent.

La journée du 12 avril ne présenta rien de particulier; vers le soir les lochies s'arrêtent, la malade éprouve un malaise général, accom-

pagné de fièvre ; et le 13 au matin, nous remarquons sur les mains, le front, la poitrine et sur le genou malade une éruption de petits boutons confluens, blanchâtres à leur sommet, ramassés par groupes isolés. Cette éruption ne peut être caractérisée. Son irrégularité éloigne l'idée d'une variole. Il faut noter que cette femme n'a point été vaccinée, et qu'on ne remarque aucune trace de petite vérole. (Ch.-rég., émuls.)

Le 14, l'éruption prend un caractère qui se rapproche de la variole; les suites de couches reprennent leurs cours, les seins se gonflent ; la peau est chaude, la fièvre peu intense, les douleurs du genou ont tout à fait cessé.

Le 15, accroissement des boutons, dépression ombilicale à leur centre, toux légère, peau chaude, pouls fréquent. (Orge gommée, émulsion, lavement, diète.)

Le 16 et le 17, à la toux se joint un mal de gorge assez fort pour gêner la déglutition; les boutons continuent à se développer, leur aspect rappelle celui de la variole. Pouls fréquent, peau chaude; le gonflement du genou diminue, suppression des lochies. (Même prescription.)

Le 18, mal de gorge plus violent, toux sibillante, enrouée, comme *croupale*; passage de l'air bruyant; parole voilée, aigre ; déglutition difficile ; l'inspection de la gorge laisse voir beaucoup de petits boutons qui se touchent et forment sur les amygdales, le voile du palais et l'arrière-gorge une couche grisâtre en tout semblable à une fausse membrane. L'éruption à la peau continue à suivre la marche régulière de la variole. La face seule n'est pas gonflée. (Trente sangsues à la gorge, cataplasmes, gargarisme, chiendent-réglisse ; diète.)

Le 19, les sangsues ont à peine apporté deux heures de soulagement ; la langue est sèche, rouge ; les boutons varioliques flétris , pouls fréquent, respiration plus gênée, déglutition impossible, menace de suffocation, raucité de la voix, sifflement dans le larynx; les symptômes augmentent de gravité, et la malade périt comme asphyxiée, le 20 avril, à trois heures du matin, un mois après son arrivée.

Autopsie cadavérique. Cadavre amaigri ; boutons flétris , non encore en suppuration.

Le pharynx , le larynx et la traché-artère , jusqu'à la division des bronches , sont recouverts d'une fausse membrane mince , inégale et formant de petits grumeaux. Dans les bronches , grande quantité de mucus épais , sans fausse membrane. La muqueuse de toutes les voies aériennes est rouge , violacée ; les poumons sont engoués , mais crépitans. Point d'altération dans l'estomac ou les intestins. La matrice n'est point encore revenue sur elle-même ; elle contient quelques débris du placenta. On voit dans son intérieur l'ouverture béante de plusieurs veines enflammées qui, par la pression, donnent du véritable pus; enfin , l'articulation du genou droit était distendue par un verre et demi de pus épais , opaque , vraiment phlegmonneux.

Les cartilages articulaires étaient plus ternes que dans l'état naturel; mais on ne voyait à leur surface , ni vaisseaux ni prolongemens qui pussent indiquer si la synoviale les recouvre.

Réflexions.

Il serait difficile de se rendre compte de la succession des maladies qui sont venues assaillir coup sur coup cette malheureuse femme : atteinte d'abord d'un gonflement articulaire aigu pendant le cours de sa grossesse , gonflement qui a résisté à un traitement antiphlogistique très-actif, elle a été prise , peu de jours après un accouchement précipité , d'une variole anomale qui s'est compliquée elle-même d'un croup rapidement mortel. Cette dernière affection mérite surtout de fixer notre attention. N'est-il pas probable que son développement a été favorisé par l'extension de l'éruption cutanée sur la membrane muqueuse qui revêt l'arrière-gorge et l'entrée des voies aériennes? Ces petits boutons confluens qu'on voyait sur le voile du palais , n'étaient-ils pas autant de follicules enflammés dont les sécrétions altérées se sont réunies et condensées en une fausse membrane? Cette complication rare , fort importante à connaître , doit engager le médecin à

inspecter fréquemment le fond de la gorge toutes les fois que la variole étend son éruption jusqu'à l'arrière-gorge.

La réunion de deux maladies, pour ainsi dire spéciales, n'est pas une des circonstances les moins curieuses de cette observation.

CONCLUSIONS.

Il résulte des observations que nous avons rapportées,

1°. Que le croup n'est point une maladie particulière à l'enfance;

2°. Que chez l'adulte on ne remarque pas ordinairement la série de symptômes désignés comme constans chez l'enfant; tels que le son croupal, sans doute à cause de la plus grande dimension des voies aériennes;

3°. Que cette maladie peut survenir dans des circonstances différentes, tantôt primitivement et tantôt consécutivement à une autre affection;

4°. Que sa marche peut être tellement rapide qu'il ne soit pas possible de distinguer les trois périodes;

5°. Qu'enfin, dans toutes ces circonstances, le croup se montre aussi funeste que chez l'enfant.

Nous ajouterons qu'une de nos observations semble prouver que le croup peut envahir d'emblée toute l'étendue des voies aériennes; et, dans ce cas, tous les moyens topiques indiqués pour arrêter sa marche sont insuffisans.

Je n'ai point rapporté de guérison de croup, parce qu'une fois arrivé à la troisième période des auteurs, c'est-à-dire la formation des fausses membranes, je ne l'ai jamais vu céder à aucun traitement.

On ne manque cependant pas d'observations qui constatent des guérisons à la première et à la seconde période; mais peut-on regarder ces affections comme de véritables croups?

Ne faut-il pas être en garde contre le charlatanisme de quelques personnes qui, pour se donner de l'importance, ont toujours guéri des croups lorsqu'ils ont fait céder la plus légère angine ?

Ne faudrait-il pas, pour être certain d'avoir victorieusement combattu le croup, avoir vu les fausses membranes expectorées ne plus se reformer ensuite ?

Jusqu'à présent on n'a point de remèdes certains ou même probables contre cette espèce d'inflammation d'une nature si différente de toutes les autres. Espérons cependant que le zèle éclairé de quelques praticiens, dont les recherches tendent vers ce but, arrivera tôt ou tard à ce résultat avantageux ; alors l'humanité sera délivrée d'une maladie d'autant plus épouvantable qu'elle n'épargne jamais ceux qu'elle attaque.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

De duobus doloribus, non in eodem loco, simul obortis, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

II.

Quando morbus in vigore fuerit, tum victu tenuissimo necesse est uti. *Sect.* 1, *aph.* 11.

III.

In exacerbationibus, aufer cibum, porrigere enim noxium. *Ibid.*, *aph.* 20.

IV.

Somnus, vigilia, utrumque modum si excesserit, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

V.

In omni morbo mente valere, et promptum se habere ad ea quæ offeruntur bonum, contra, malum.

VI.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14